RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | | | | | | | | | Telefon: | | | | | | |
| **Sentrale data om nyresykdom og pasient** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ICD10: | Diagnose, nyresykdom: | | | | |  | | | | | | | | Biopsiverifisert: | | | ja | | nei |
| Nyresviktbehandling | Kreatinin (hvis predialytisk) | | | | |  | μmol/l | | eGFR |  | | ml/min | | HD fra: |  | PD fra: | |  | |
| Kroppsvekt/høyde | Høyde: |  | | cm | Vekt: | | | | |  | kg | | | BMI: | | |  | | |
| Er det klinisk indikasjon for nefrektomi: | | |  | | Årsak: | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn på eventuell nyredonor | Fødsels/pers.nr: | Relasjon: |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Radiologiske undersøkelser** | **Utf. dato Signatur** | **Resultat** |
| Aorta abd med bekkenkar :  CT med kontrast eller  MR uten + CT uten kontrast |  | > 40 år  Bilder innsendes RH |
| Rtg. thorax |  | Innsendes RH |
| Ultralyd med resturinmåling |  | hvis a) > 55 år, b) diabetes, c) vannlatingsproblem |
| Rtg.cervical columna ved RA |  | inkluderer fleksjonsbilde- innsendes RH |
| Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser) | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kardiopulmonal utredning** | **Utf. dato Signatur** |  | | | | | | |
| Spirometri |  | Vitalkapasitet (FVC): | | | liter | % av forventet: |  | |
|  |  | FEV1: |  | | liter | % av forventet: |  | |
|  |  | FEV1/ FVC | |  |  |  |  |  |
| Lungemedisinsk vurdering hvis verdier under 70 % av forventet (vedlegges) | | | | | | | | |
| EKG |  | Sendes inn | | | | | | |
| Myokardscintigrafi / stress-EKKO |  | > 40 år | | | | | | |
| EKKO kardiografi med kardiologisk vurdering |  | > 40 år  EKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges | | | | | | |
| Koronarangiografi |  | ved Diabetes eller kjent hjertesykdom: | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Malignitets screening** | **Utf. dato Signatur** | **(Nasjonale retningslinjer er minstekrav)** |
| Mammografi |  | 50-70 år |
| Gynekologisk u.s. |  |  |
| Prostata u.s. |  |  |
| Protein Elfo (serum) |  |  |
| Hemofec |  | (3 prøver) |
| Ved tidligere Ca angi behandling. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.: |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serologi | **Utf. dato Signatur** | CMV IgG | | Pos [ ] | | | | Neg [ ] | | HBs Ag | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | | HCV as | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |  | EBV IgG | | Pos [ ] | | | | Neg [ ] | | HBc as | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | | HCV pcr | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |  | Varicella IgG | | Pos [ ] | | | | Neg [ ] | | HBs as | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | | TB IGRA | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |  | Syfilis | | Pos [ ] | | | | Neg [ ] | | HIV as | | Pos [ ] | | Neg [ ] | | |  |  |  |
| CYP3A5 |  |  | | | | Prøve sendes RH, se protokoll kap. 1.2.5. Svar må ikke foreligge. | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Fastende plasmaglukose | | | | | | | | |  | | mmol/l | | | | | | |
|  |  | 2 timer etter 75 g po. glukose | | | | | | | | |  | | mmol/l | | | | | | |
|  |  | HbA1c |  | | % | | | | C-peptid | |  | | nmol/l | | | (C-peptid kun ved pancreas) | | | |
|  |  | **Mange**l på protein C, S eller Antitrombin: | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | **Mutasjon**: Leiden eller Protrombin: | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | **Ervervet**: Lupus antikoagulans: | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Tidligere eller familiær tromboembolisme ? | | | Ja [ ] | | | | Nei [ ] | | | | | | | | | | | | |
| Spontane blødninger familie/ pasient ? : | | | Ja [ ] | | | | Nei [ ] | | | | | | | | | | | | |
| **Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx** (ikke send kopi av alle blodprøvesvar): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tannlege u.s. | |  |  | | | | | |
| Sosionom u.s. | |  | Rapport vedlegges | | | | | |
| Vevstype x 2 | 1. g |  | 2.g |  | | Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44 | | |
| Blodtype | |  | ABO | | | |  |  |
| **Klinisk vurdering av pasienten utført dato :** | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Komorbiditet** | | | | | | | | |
| Ischemisk hjertesykdom | ja | nei | Arytmi | ja | nei | Diabetes | ja | nei |
| Hjertesvikt | ja | nei | Perifer karsykdom | ja | nei | Cancer | ja | nei |
| Annen hjertesykdom | ja | nei | Gastrointestinal blødning | ja | nei | KOLS | ja | nei |
| Cerebrovask sykd inkl TIA | ja | nei | Leversykdom | ja | nei |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:**  **A: Scandiatransplant:** ❒ **B: Nefrologiregisteret:** ❒ (Sett kryss hvis «ja»)  **2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?** (kliniske, sosiale, egenomsorg) | | | |
|  |  | |  |
| Dato / år | | Signatur av lege | |
| 1. Resipientskjema + B) røntgenbilder og C) resipientrapport sendes samlet til:   Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. | | | |